

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1960

THÈSE

655
N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

MONMARCHE Roger Pierre Marie Joseph
né le 12 mai 1924 à FONTAINEBLEAU (Seine et Marne)

Présentée et soutenue publiquement le 13 juin 1960

A PROPOS DE QUELQUES NOUVELLES OBSERVATIONS
D'OPACITES CARDIO-PHRENIQUES ANTERIEURES DROITES

Président : Mr. Georges BROUET, Professeur

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS-V^e

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1960

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

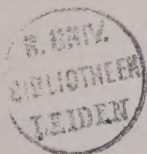
MONMARCHE Roger Pierre Marie Joseph
né le 12 mai 1924 à FONTAINEBLEAU (Seine et Marne)

Présentée et soutenue publiquement le 13 juin 1960

A PROPOS DE QUELQUES NOUVELLES OBSERVATIONS
D'OPACITES CARDIO-PHRENIQUES ANTERIEURES DROITES

Président : Mr. Georges BROUET, Professeur

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS-V^e



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadéat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutailles (D), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN Léon BINET.

Membre de l'Institut

1^{er} ASSESSEUR } Jean VERNE

2^e ASSESSEUR } Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.-F.)
	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUQUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	{ BINET (L.)
	BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	{ DOGNON (A.)
	DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.)
	OLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-G.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (M ^{lle} J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Beaujon	LEGER (L.)
Cochin	PATEL (J.)
Hôtel-Dieu	CORDIER (G.)
Pitié	GOSSET (J.)
Saint-Antoine	SICARD (A.)
Salpêtrière	OLIVIER (Cl.)
Tenon	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	MATHEY (J.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	DECOURT (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	LAMY (M.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique gynécologique (Broca)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	DELAY (J.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	CASTAIGNE (P.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	LENÈGRE (J.)
Boucicaut	SOULIÉ (P.)
Broussais	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cochin	BROUET (G.)
Cochin	BARIÉTY (M.)
Hôtel-Dieu	SÈZE (S. de)
Lariboisière	DREYFUS (G.)
Pitié	KOURILSKY (R.)
Saint-Antoine	DEBRAY (C.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	GENNES (L. de)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	DEROT (M.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DAVID (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	GARCIN (R.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales	MERGER (R.)
Baudelocque	VARANGOT (J.)
Foch (Suresnes)	RENARD (G.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	AUBRY (M.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	LELONG (M.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	MARIE (J.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	BERNARD (E.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MICHAUX (L.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)	COSTE (F.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	ROUX (M.)
Clinique stomatologique (Pitié)	LEMAIRE (A.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	GAULTIER (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	PADOVANI (P.)
Clinique toxicologique	DOMART (A.)
Clinique traumatologique	POILLEUX (F.)
Sémiologie médicale	COUVELAIRE (R.)
Sémiologie et clinique chirurgicales	TURPIN (R.)
Clinique urologique (Necker)	
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	GABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.) GAUTHIER-VILLARS (M ^{lle} P.) pr. s. ch.
Anatomie pathologique	ABELANET (R.) BUSSER (F.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.) BAILLIEU Et. m. conf.
Biochimie médicale	BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUEH (J.) JEROME (H.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDoux-LEBARD (G.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (M ^{me} L.) SAPIN-JALOUSTRÉ (H.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	DEROBERT (L.), pr. s. ch. FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)

	MM.
Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) GERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LEVEQUE (B.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÆPER (J.) MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHEL (G.) AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTENTIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHÉ (Cl.) LESOBRE (R.) MAGREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Pathologie médicale	JOSEPH (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)
Pédiatrie-Puériculture	

	MM.		MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.) BARRES (G.) DEJOURS (P.) DURAND (J.)	Psychiatrie	PICHOT (P.)
Physiologie	GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.) CHANTEUR (J.) GUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch.	Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.) LAPRESLE (J.)
Physique médicale	GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUGAYROL (J.-Cl) TUBIANA (M.) m. conf.	Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Pneumo phthisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)	Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (M ^{me} A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
		Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.) MARGE (J.)
		Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)	Clinique ophtalmologique	DESIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.) ANELINE (A), pr. s. ch. VERNE (J.-M.)	Clinique oto-rhino-laryngo- logique	MADURO (R.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)	Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)	Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
		Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. — CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)	BOLTANSKI (E.) LAUNAY (C.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)	
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	M. le Docteur HAHN (A.)	
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine		
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P.)	
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (N.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon Père, A ma Mère,

A ma Femme

A ma Fille

A tous les Miens

Au Professeur Georges BROUET

Professeur de Clinique Médicale

Médecin de l'Hôpital Cochin

Chevalier de la Légion d'Honneur.

qui nous a fait le grand honneur d'accepter de présider
cette thèse.

Au Docteur Marc DURET

Médecin de l'Hôpital Bon Secours

Ancien Chef de clinique à la Faculté

qui a inspiré le sujet de cette thèse.

En témoignage de ma profonde gratitude pour les
conseils affectueux et l'enseignement qu'il m'a prodigués
au cours des deux années passées dans son service.

Au Docteur G. ROCHE

Médecin de l'Hôpital d'Eaubonne

qui nous a guidé de ses précieux conseils

Au Docteur P. DAUMET

Chirurgien de l'Hôpital Saint Joseph

qui a eu l'amabilité de nous confier des observations
de son service.

A mes Maîtres des Hôpitaux Privés de Paris

Au Docteur ALIBERT

Au Docteur CALDERON-MARQUIS

Au Docteur G. CALDERON

Au Docteur DURET

Au Docteur GILBRIN

Au Docteur LACORNE

Au Docteur LE ROY

Au Docteur RENE

avec toute ma gratitude pour les années d'études
que je leur dois.

INTRODUCTION

Les opacités thoraciques qui entrent dans notre propos ont pour trait commun de se projeter sur les radiographies de face et de profil contre le plastron sterno-costal en AVANT, et l'ombre diaphragmatique avec laquelle elles fusionnent en BAS, leur opacité se confond généralement en DEDANS avec celle du coeur.

C'est à propos de 7 observations que nous envisagerons les problèmes posés par les opacités pouvant siéger dans cette région très spéciale dont nous rappellerons tout d'abord les particularités anatomiques, nous insisterons ensuite sur la discrétion symptomatique des affections dont nous avons à traiter.

Dans la plupart des cas il s'agit d'une découverte fortuite faite au cours d'un examen systématique ou à l'occasion de troubles discrets dont l'interprétation nécessite le recours à la radiographie.

Nous indiquerons ensuite les explorations à mettre en oeuvre pour éclairer les étapes du diagnostic et faire la distinction entre les tumeurs sus-diaphragmatiques dominées par le Kyste Pleuro Péricardique et les tumeurs d'origine sous-diaphragmatique notamment par l'artifice du pneumopéritoine.

Nous passerons en revue les affections capables d'entraîner une telle image radiologique.

La conduite à tenir en présence d'une opacité cardio-phrénique antérieure nous retiendra enfin.

Si la plupart des affections qui siègent à ce carrefour ont pour caractère principal leur bénignité, il n'en reste pas moins que l'incertitude du diagnostic conduit presque toujours   l'intervention.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

Monsieur H. Louis est un homme de 50 ans, de corpulence moyenne qui a toujours été bien portant.

Il subit un examen de santé annuel dans le service médical de son Administration, et l'on sait qu'il présente un gros ganglion calcifié retro cardiaque et de nombreuses calcifications latero trachéales droites.

C'est en octobre 1952 que l'on découvre pour la première fois à la Scopie "un curieux contour du coeur droit".

Une radiographie précise l'image :

- sur le cliché de face il s'agit d'une opacité bien limitée à convexité supérieure comblant le cul-de-sac cardio-phrénique droit, $4^{\text{cm}} \times 4^{\text{cm}}$,

- de profil, l'image apparaît antérieure retro sternale, elle repose sur le diaphragme formant avec lui un angle de raccordement postérieur aigu.

En comparant avec des clichés de 1949, on constate que l'opacité à peine visible $1^{\text{cm}}_5 \times 1^{\text{cm}}_5$ existait déjà.

Une bronchoscopie a été pratiquée qui n'a rien montré d'anormal.

En 1953, on note une augmentation très nette de l'image $6^{\text{cm}} \times 6^{\text{cm}}$.

Le malade est hospitalisé à l'hôpital Bon Secours service du docteur DURET.

Un lavement baryté montre un angle Droit abaissé il n'y a pas d'attraction du transverse.

Un pneumopéritoine du 6 novembre 1953 déforme légèrement l'opacité qui devient ovoïde sur les clichés de profil.

Intervention le 2 décembre 1953, Docteur LE ROY.

Il s'agit d'un kyste séreux du médiastin antérieur bombant dans la cavité pleurale, très facilement cerclé, il n'y a pas de véritable pédicule.

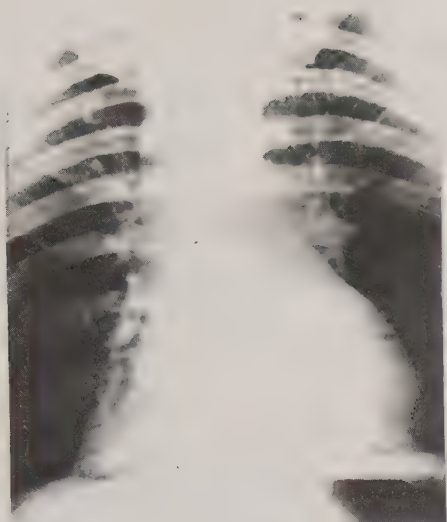
Examen de la pièce :

Kyste à paroi mince d'aspect bénin
contenant un liquide clair.

Histologie

Kyste à revêtement unicellulaire formé de
cellules cylindriques, parfois mucigènes dont
la structure est celle d'un kyste Pleuro Péricar-
dique.

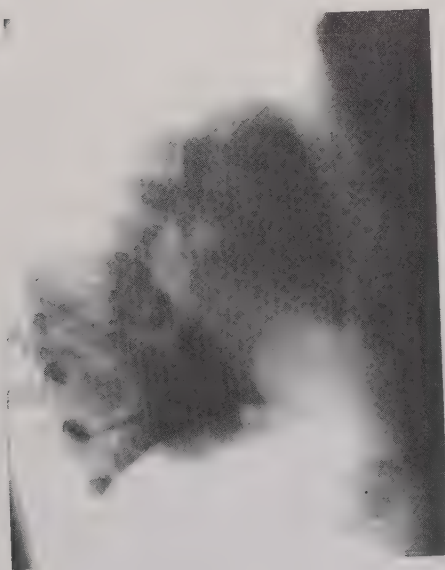
Aucun signe de malignité.



Octobre 1952 4 cm x 4 cm



Novembre 1953 6 cm x 6 cm



Profil Novembre 1953

OBSERVATION N° 2

Madame B... 39 ans est adressée au docteur DAUMET Hôpital Saint Joseph, par le docteur BONAMY, Hôpital Gouin, pour une opacité arrondie para cardiaque Droite.

Cette malade dont les antécédents pathologiques se résument à 3 grossesses menées à terme en 1941, 1942 et 1947, une dépression nerveuse en 1947 et une hystérectomie pour fibrome en 1956, nous raconte l'histoire suivante :

C'est en 1957 qu'elle ressent une gêne au niveau de la Base thoracique Droite, accompagnée d'une symptomatologie digestive peu évocatrice.

En 1958, devant la persistance des troubles qui vont de pair avec une gêne respiratoire et un amaigrissement de 4 kgs, elle décide à consulter à Saint Dié.

Le traitement médical symptomatique n'apporte aucun résultat, un changement de situation se produit à ce moment et elle vient habiter à Paris.

En juillet 1958, on pratique dans un centre médico-social de la capitale un "chec up" radiologique.

Si la cholangiographie par voie orale montre des voies biliaires parfaitement normales, et si les radios de l'estomac duodénum ne mettent en évidence que des images banales de gastrite, les clichés pulmonaires par contre font apparaître une opacité arrondie para-cardiaque Droite à bords réguliers, de tonalité homogène.

Sur les clichés de profil, elle apparaît plaquée contre le sternum se prolongeant par un spicule au niveau de la grande scissure.

En Scopie, l'image est indépendante du diaphragme et conserve sa mobilité.

Elle n'est ni pulsatile ni expansible.

Les tomographies confirment l'intégrité du parenchyme pulmonaire et permettent de retrouver l'opacité sur les plans antérieurs.

On conclut, à une tumeur bénigne, kyste pleuro péricardique ou dysembryome et on décide de surseoir à toute intervention.

Mais chez cette malade hyperémotive et instable l'énoncé du diagnostic entraîne une augmentation des signes fonctionnels pulmonaires qui deviennent de plus en plus marqués.

Au cours de l'hiver, la dyspnée s'accroît. La malade monte avec peine les étages, est réveillée la nuit par une gêne respiratoire intense, se plaint de "manquer d'air".

Son médecin traitant d'accord avec le docteur BONAMY la confie au docteur DAUMET. On décide d'intervenir, mais l'état de la malade étant assez médiocre on l'envoie en maison de repos.

Elle interrompt son séjour, car la gêne respiratoire dit-elle, devient intolérable.

A l'Hopital Saint Joseph, un pneumopéritoine confirme le siège sus-diaphragmatique de l'opacité.

Une bronchographie montre que la masse tumorale ne se laisse pas pénétrer par le lipiodol.

Par ailleurs, on note une formule sanguine normale, une Vitesse de Sédimentation normale.

L'ablation de la tumeur est pratiquée le 14 mai 1959.

Il s'agit d'un kyste à contenu clair collant à la plèvre pariétale antérieure.

Clivage facile - Aucun pédicule isolable.

Examen Histologique : docteur PAILLAS.

"C'est la structure typique d'un kyste pleuro-péricardique qui est observée ici.

Le revêtement de surface est continu et formé de cellules aplaties. Immédiatement au-dessous se trouve une mince bande de collagène.

Du tissu adipeux entoure cette paroi, ce tissu contient de petits amas lymphoïdes, des vaisseaux de petite taille et un segment d'arrêt.

Suites opératoires normales.

On revoit la malade le 3 octobre, elle va bien, la gêne respiratoire a disparu.

Une radiographie montre un héli-diaphragme Droit surelevé avec une image d'attraction pleurale surplombant le cul-de-sac costo-diaphragmatique Droit.

Le cul-de-sac cardio-phrénique est libre.



Face



Face après pneumopéritoine



Profil après pneumopéritoine

OBSERVATION N° 3

Madame E... est une jeune femme de 29 ans.

Elle a fait en 1951 un minime infiltrat au sommet Droit qui a très bien guéri et dont il ne reste pratiquement rien.

En 1956, elle a mené à terme une grossesse qui fut sans histoire, et c'est en janvier 1957 qu'un examen radioscopique décèle une opacité de l'angle cardio-phrénique Droit.

Cette image ne s'accompagne d'aucun signe général ni pulmonaire. La V. S. est normale.

En décembre 1958, l'image a considérablement augmenté de volume et se présente sous forme d'une opacité en quart de cercle, non homogène à contours flous de 5 cms sur 4 cms. se projetant contre le plastron sterno costal sur les clichés de profil.

En mars 1959, l'image ne semble pas plus importante qu'au dernier examen, mais sur la demande du docteur LACORNE elle entre en observation à l'Hôpital Bon Secours ou de nouvelles investigations sont pratiquées :

- un examen radiologique du Tube Digestif montre un colon transverse sans déformation, un angle Droit un peu abaissé, un estomac de forme normale.
- un cliché de Tredelenburg révèle une légère déformation de l'image qui reste solidaire du diaphragme.
- surtout on crée un pneumopéritoine par injection de 500 cc d'air.

Les coupoles diaphragmatiques se dessinent nettement mais l'air ne pénètre pas dans la masse.

Les contours sont nets, il n'y a pas de déformation de la tumeur.

- Une radio en O A D ne permet pas de déceler de collet.
- De Profil, la Tumeur est toujours retro-sternale.

Le Diagnostic reste hésitant entre Kyste Pleuro Péricardique et une autre formation kystique de la région.

Le Docteur DAUMET, Hôpital Saint Joseph, décide d'intervenir.

Thoracotomie antéro latérale dans le lit de la 4ème Côte.

Il s'agit d'un Kyste à contenu clair et à membrane fine plaquée sur le Péricarde, mais sans pédicule ni communication avec celui-ci.

Clivage et exérèse faciles.

Fermeture sur un drain.

Histologie :

C'est la structure typique d'un kyste pleuro péricardique qui est observée ici.

En surface existe un revêtement continu formé de cellules aplaties mais parfois cubiques.

Sous ce revêtement on voit une mince couche de collagène.

En dehors de ces éléments on note un épais coussinet adipeux dans lequel cheminent de nombreux et volumineux vaisseaux à paroi musculaire parfois épaisse, des lymphatiques distendus et des nerfs y sont également observés.

Docteur PAILLAS

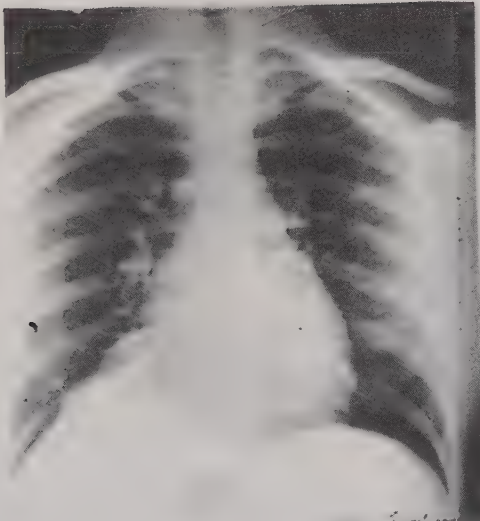
Les suites opératoires sont bonnes.



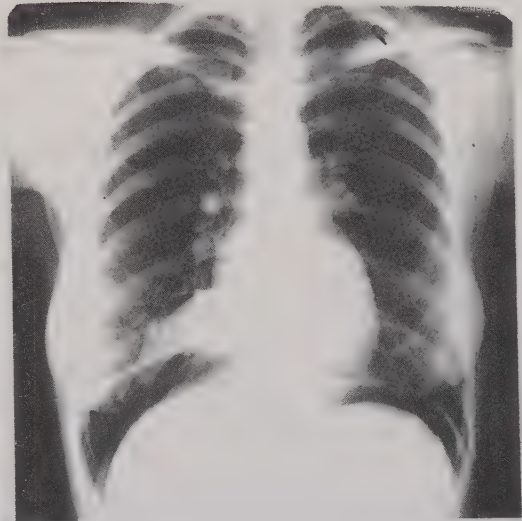
1957



1958



Trendelenburg



Face après pneumopéritoine

OBSERVATION N° 4

Madame G... 31 ans.

Entre en observation à l'hôpital Bon Secours, dans le service du docteur DURET, le 10 mars 1958, pour préciser l'origine d'une opacité antéro-in-férieure de la base droite découverte en 1952, à l'occasion d'une scopie systématique.

L'image reste stationnaire durant plusieurs années et ce n'est qu'en 1957 qu'elle se décide à consulter.

A l'interrogatoire, on apprend qu'elle présente depuis quelque temps, à la flexion du tronc une douleur para-médiane droite avec sensation d'une boule (qu'elle arrive à réduire dit-elle, par massages de la région douloureuse).

Cette symptomatologie est rattachée à un traumatisme épigastrique datant de 1948 catalogué alors déchirure musculaire.

Actuellement, elle ne peut porter aucune charge et se plaint en outre d'essoufflement à l'effort. L'état général est bon, on note une légère tendance à l'obésité : 1 m. 49 63 Kgs.

D'où notion d'une douleur posturale accompagnée de gêne respiratoire dans les inspirations profondes.

EXAMEN RADIOLOGIQUE DU THORAX

de Face , à droite :

Opacité homogène peu dense occupant l'angle cardio phrénique droit, la limite supérieure est courbe à, convexité supérieure, la limite interne se confond avec l'ombre cardiaque, la limite inférieure correspond au diaphragme, les contours du diaphragme apparaissent nettement, la coupole est régulière.

de Profil :

L'opacité a une localisation antérieure retro-sternale.

EXAMEN RADIO-SCOPIQUE :

L'hémi-diaphragme droit conserve sa mobilité.

Après Pneumo-Péritoine :

de face après injection de 450 cc d'air : l'hémi-diaphragme droit apparaît nettement. Au-dessus du diaphragme on retrouve l'opacité, il n'existe pas de clarté gazeuse sus-diaphragmatique.

EXAMEN RADIOLOGIQUE DU TUBE DIGESTIF

Lavement baryté : l'angle colique droit occupe sa place habituelle au-dessous du foie.

L'estomac et le duodénum apparaissent en position normale.

Au terme de ces examens on hésite entre kyste Pleuro Péricardique et Lipome intra thoracique.

L'existence de douleurs et leur caractère postural font plutôt penser à un Lipome pré herniaire.

INTERVENTION pratiquée par le Docteur LE ROY

1° Temps thoracique

Thoracotomie. On découvre un lipome facilement clivable envoyant un prolongement abdominal à travers la fente de Larrey.

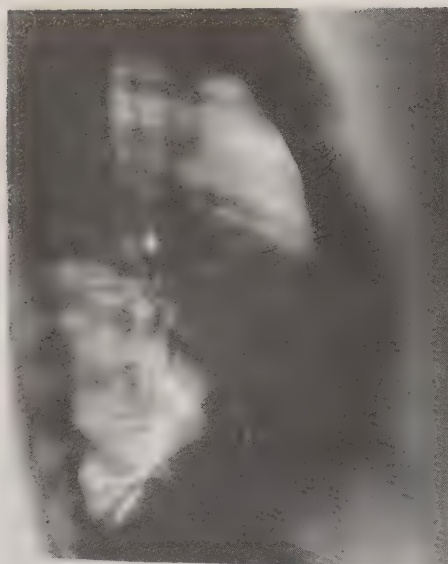
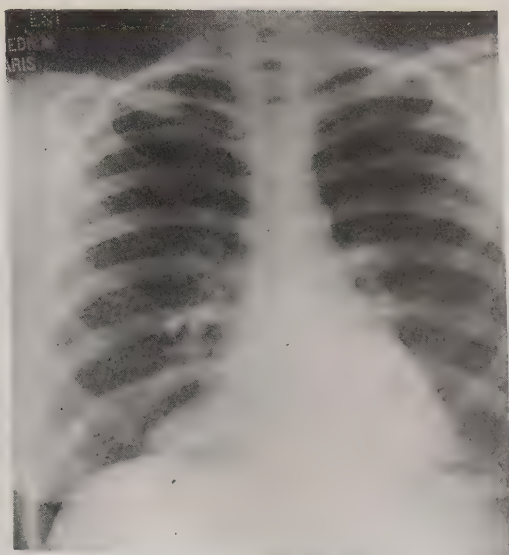
2° Temps abdominal

par l'incision épigastrique on fait repasser dans le thorax le prolongement adipeux sous-péritonéal.

Ablation en bloc de ce Lipome en bissac

Fermeture abdominale. Fermeture thoracique.

Les suites opératoires sont normales.



OBSERVATION N° 5

Mademoiselle M. . . Renée 28 ans.

Consulte le Docteur LE ROY, chirurgien de l'Hôpital Bon Secours, pour une petite tuméfaction située dans la région xyphoïdienne. Cette masse molasse polylobée de faible volume située sous la peau a déjà été opérée.

Une radio pulmonaire découvre une image arrondie bombant dans l'angle antéro inférieur du champ pulmonaire Droit et se projetant en arrière du Sternum sur les clichés de profil.

- On a l'impression clinique de continuité de la masse intra-thoracique et de la masse pariétale.
- On fait le diagnostic de Lipome avec prolongement par la fente de Larrey.

INTERVENTION :

Incision dans le 5ème espace, reséquant la 5ème côte après incision sur la masse épigastrique qui confirme l'aspect de Lipome.

Ouverture du thorax, le Lipome est bien extériorisé et n'adhère qu'au plan pariétal et pas au médiastin. Le poumon et le diaphragme sont libres.

Incision de la plèvre, libération de la masse qui présente trois prolongements :

- un par une fente de Larrey que l'on fait repasser dans le thorax comme une hernie crurale sous l'arcade.
- un rétro-sternal qu'on libère facilement au doigt.
- un qui passe par l'autre fente de Larrey, que l'on fait repasser également par traction d'un côté et pression de l'autre.

Le lambeau pleural qui recouvrait la masse est suturé à la paroi excluant la cavité résiduelle.

Fermeture du thorax en trois plans.

PIECES ANATOMIQUES :

Lipome assez fibreux.

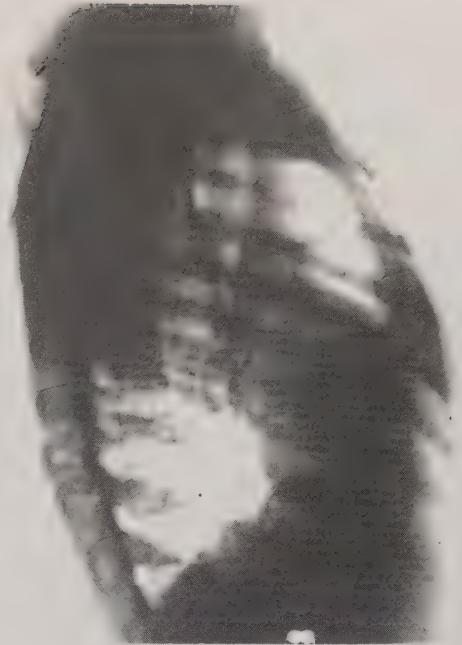
HISTOLOGIE :

Il s'agit d'un Lipome formé de larges masses de tissus adipeux d'aspect normal.

Ces lobules adipeux sont séparés par des travées de tissus fibreux adulte, parcourus par des vaisseaux et des nerfs.

CONCLUSION

Lipofibrome bénin sous pleural



OBSERVATION N° 6

Monsieur H... est un homme de 55 ans, de forte corpulence 92 kgs, pour 1 m, 77, qui estime se porter très bien.

Dans ses antécédents on relève peu de choses, il présente des varices des membres inférieurs qui s'accompagnent d'accidents de phlébo thromboses localisées, et depuis trois ans est apparue une dyspnée d'effort qu'on a attribué à l'âge et à l'emphysème.

En Avril 1958, il passe une radio photo systématique et l'on constate à ce moment une grosse anomalie radiologique de l'hémi-thorax Droit.

L'examen clinique objective une matité antérieure prolongeant jusqu'au mamelon Droit la matité hépatique, le bord inférieur du Foie dépasse de trois travers de doigts le rebord costal.

Par ailleurs, l'auscultation cardiaque est normale :

Pouls 80

Tension Artérielle 14 - 8.

DE FACE :

L'image consiste en une opacité homogène très dense ayant la forme d'un croissant de lune comblant le cul-de-sac cardio phrénique Droit et dont le contour inférieur ne se distingue pas du diaphragme.

Elle est surmontée par une scissurite.

DE PROFIL :

L'image est arrondie; de la taille d'un pamplemousse, retro-sternale, formant avec le diaphragme un angle obtu postérieur.

Des tomographies permettent de retrouver l'opacité entre les plans 6 et 11.

Une bronchoscopie précise l'intégrité de l'arbre bronchique Droit,

L'examen des sécrétions ne révèle rien d'anormal.

Un lavement baryté montre qu'il n'existe aucun rapport entre le colon et la tumeur de la Base thoracique.

Enfin, on crée un pneumopéritoine, mais qui ne permet pas de mettre en évidence de bulle aérique dans la masse.

Par ailleurs, les examens fonctionnels respiratoires et le bilan cardiovasculaire sont normaux, la numération, formule sanguine satisfaisantes, la vitesse de sédimentation 3, - 11 - 48 mm.

INTERVENTION pratiquée le 19 novembre 1958 par le Docteur DAUME T, Chirurgien de l'Hôpital Saint Joseph, Thoracotomie du 6ème espace intercostal.

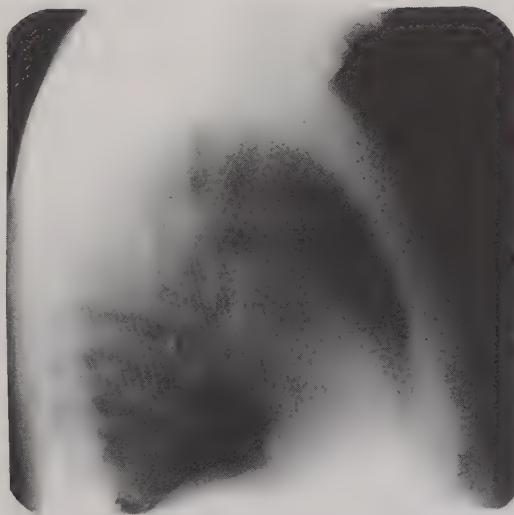
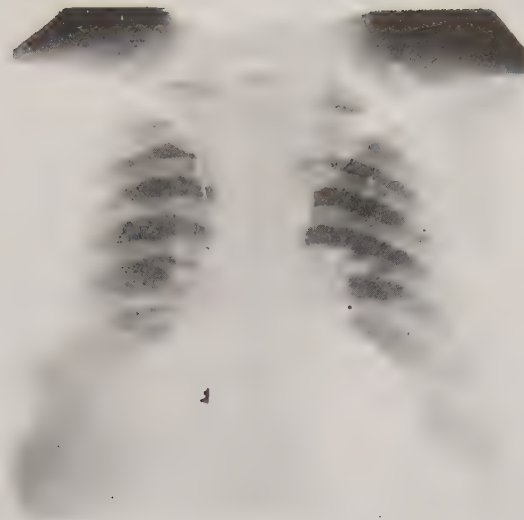
La plèvre est libre, il existe une volumineuse épiplocèle de la grosseur de deux poings qui est irréductible.

Ressection du sac et de son contenu, fermeture de l'anneau diaphragmatique où l'on pouvait introduire trois travers de doigts. Fermeture du thorax sur deux drains.

Suites opératoires et convalescence normales.

Le résultat fonctionnel est excellent.

Une radiographie du 26 janvier 1959 montre une image thoracique pratiquement normale.



OBSERVATION N° 7

Monsieur V... 46 ans n'a aucun passé pathologique.

En avril 1955, au cours d'un examen systématique de Médecine du Travail on lui découvre une opacité antéro-inférieure Droite.

Sur les radiographies de face on a l'impression d'une opacité cardio phrénique, de profil l'opacité, de forme ovalaire, régulière, de tonalité homogène ne se projette pas immédiatement derrière la paroi antérieure dont elle est séparée par un liséré parenchymateux.

En Trendelenburg l'image se détache nettement du diaphragme.

La clinique est peu explicite :

La malade précise qu'il a présenté un mois auparavant une violente douleur thoracique qui a cédé au repos allongé.

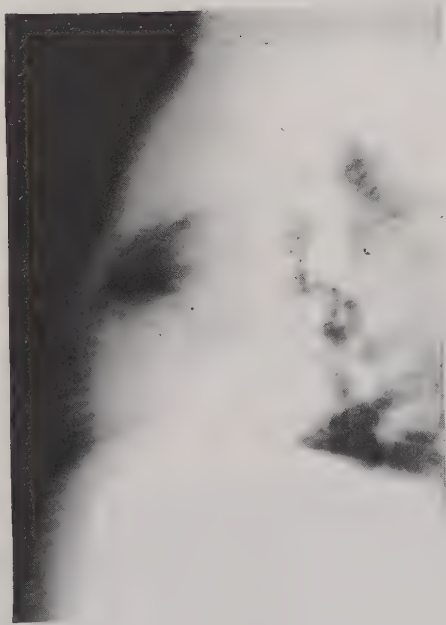
Les examens complémentaires n'apportent aucun renseignement. La numération, la vitesse de sédimentation sont normales, La réaction de Casoni négative.

Radiologiquement l'opacité semble être une tumeur du lobe moyen, mais dont on ne peut préciser la nature.

Devant l'incertitude du diagnostic le Docteur ROCHE confie le malade au Docteur DAUMET en vue d'une intervention.

Intervention : Thoracotomie, 5ème espace Droit.

On découvre dans le lobe moyen une tumeur de la taille d'une mandarine qui se révèle être un kyste hydatique.



ANATOMIE DE LA REGION

L'étage antéro-inférieur du médiastin forme un angle dièdre limité :

en Avant :

par la paroi thoracique formée :

- d'un plan ostéo-cartilagineux comprenant le bord droit du sternum, le 5ème, 6ème, 7ème cartilage costal, recouvert par le grand Pectoral.
- d'un plan musculaire continu formé par le Triangulaire du Sternum et le Transverse de l'abdomen à partir du 7ème cartilage costal. La face profonde de cette paroi est recouverte par le facia-pariétalis.
- entre ces deux plans passe la branche abdominale de la mammaire interne.

en Dedans :

par la face latérale du Péricarde.

en Dehors :

par la plèvre du cul-de-sac costo-médiastino-diaphragmatique.

en Bas :

par le plancher du Dièdre, formé par le diaphragme antérieur que nous étudierons plus en détail à propos des hernies diaphragmatiques.

Ainsi délimitée cette Région communique en haut avec l'étage sus-jacent du médiastin antéro-inférieur, en bas avec l'espace sous-péritonial.

Cette Région n'est traversée par aucun élément vasculo-nerveux. Seules des franges graisseuses capitonnant les parois et les organes occupent le sinus.

EMBRYOLOGIE

L'embryologie du Médiastin est importante à connaître étant donné la place que tiennent dans cet exposé les tumeurs d'origine embryonnaires.

BARIETY et COURY en ont repris récemment la description à laquelle nous faisons de larges emprunts.

Le coelome primitif creusé dans la masse mésenchymateuse subit une première division qui aboutit à la constitution de deux cavités.

L'une antérieure, est la cavité péricardique primitive. Elle s'isole bientôt en arrière par le rapprochement axial puis la soudure de deux bourrelets latéraux ou gouttières pleuro-péricardiques développés à partir de deux recessus postérieurs symétriques contenant les canaux veineux de CUVIER.

La persistance du Foramen pleuro péricardique est à l'origine de certaines lacunes congénitales faisant communiquer les deux cavités séreuses.

La persistance des recessus péricardiques antérieurs donne lieu à des dysembryoplasies diverticulaires ou kystiques.

L'autre cavité postérieure, est la cavité pleuro-péritonéale primitive de BRACHET à structure lacunaire.

Le coelome thoracique et le coelome péritonéal tendent à se séparer par la constitution du septum transversum d'USKOW qui se développe d'avant en arrière.

Le coelome pleural et péritonéal continuent à communiquer ensemble en arrière et latéralement. Cette communication disparaîtra plus tard pour faire place à la cloison diaphragmatique définitive grâce à la coalescence du septum transversum et des deux membranes pleuro-péritonéales.

GENERALITES SUR LES OPACITES CARDIO PHRENIQUES DROITES

De l'étude de ces différentes opacités découle une constatation initiale : à leur unité topographique et radioclinique s'oppose leur diversité étiologique.

1°) En effet le siège, la clinique et la radio sont en tous points identiques :

- la localisation élective est l'angle cardio-phrénique droit contre le péricarde en dedans, la plèvre médiastine en dehors.
- la latence clinique est habituelle comme le montrent la plupart des observations.

L'interrogatoire permet parfois de retrouver la notion d'un traumatisme thoracique, de séjour en pays d'hydatydose, d'une augmentation de poids récente.

L'examen du thorax peut exceptionnellement mettre en évidence une tumeur palpable (observ. n° 5). Mais les manifestations fonctionnelles lorsqu'elles existent sont discrètes ou inexplicables.

- Leur identité radiologique.

Les images radiologiques sont très superposables d'un cas à l'autre.

Sur les clichés standards de face on décrit une opacité plus ou moins homogène en quart de cercle à limite supérieure, nette, se confondant avec l'ombre cardiaque, reposant sur le diaphragme.

De profil l'image ronde ou ovale plaquée contre le sternum.

On appréciera l'angle de raccordement de la masse avec la paroi antérieure et avec le diaphragme.

2°) Mais elles s'opposent par leur diversité d'origine.

Des formations très variées peuvent donner de semblables opacités.

L'angle Cardio Phrénique, rappelons-le, est un carrefour, et bien que leur projection soit thoracique, l'origine de ces opacités n'est pas toujours médiastinale.

Il faudra donc les localiser et déterminer si l'image provient d'une affection thoracique ou si elle n'est que la projection thoracique d'une formation abdominale.

L'intérêt de localiser exactement la tumeur n'est pas seulement d'ordre spéculatif, il est essentiel pour guider le chirurgien dans sa voie d'abord.

Le procédé d'exploration fondamental lorsqu'il s'agit d'opacités cardio phréniques est le pneumopéritoine.

Il permet de distinguer :

Les opacités d'origine sus diaphragmatiques dominées par le Kyste Pleuro Péricardique.

Les opacités d'origine diaphragmatiques et sous-diaphragmatiques essentiellement, hernie retro sternale et aplasies antéro-internes du diaphragme.

Les autres modes d'exploration permettant de serrer de plus près le diagnostic seront examinés au cours de l'exposé.

OPACITES A POINT DE DEPART SUS DIAPHRAGMATIQUE

L'origine de l'opacité ayant été précisée par pneumopéritoine, nous passerons en revue dans ce chapitre les opacités cardio phréniques qui reconnaissent leur étiologie dans l'étage thoracique.

LES KYSTES PLEURO PERICARDIQUES

On appelle Kyste Pleuro Péricardique une Tumeur Bénigne à contenu liquide, située au contact de la Plèvre et du Péricarde, surplombant le cul-de-sac antérieur du diaphragme.

HISTORIQUE

On doit la première observation à EDWARD en 1926 qui les appelait kystes lymphatiques.

En 1927, KIENBOCK décrit des images radiologiques dont la similitude avec les kystes pleuro péricardiques est frappante.

La première publication française de JAMBON et GONDART date de 1928.

En 1934, PICKHART pratique la première intervention.

En 1937, CHURCHILL et MALLORY inventent le terme "kyste eau de roche".

En 1940, LAMBERT fait une revue d'ensemble et propose une pathogénie, c'est le premier essai de classification de kystes à paroi mince qui avaient été précédemment décrits comme des kystes lymphatiques.

BLADE, BRADFORD, LILLIE apportent leur contribution à l'étude de ces kystes.

En France, SANTY et son élève JAUBERT DE BEAUJEU utilisent en 1945 pour la première fois le terme de kyste pleuro péricardique.

Depuis, les travaux que GERNEZ-RIEUX, SAVINEL, ROCHE et DAUMET ont consacré à ce sujet font autorité en la matière.

Citons enfin les statistiques de VAUPEPUSTRATE au centre de chirurgie thoracique de Liverpool en 1956,

Le dernier travail des auteurs anglais est celui de LE ROUX, 1959, du St. John Hopknis d'Edimbourg.

FREQUENCE

Ce sont les tumeurs les plus rares du thorax.

Les statistiques de LE ROUX apportent à ce sujet une précision intéressante : en 1958, 300.000 personnes furent radiographiées à Edimbourg au cours d'une campagne systématique, chez 3 d'entr'elles on découvrit un kyste pleuro péricardique.

Fréquence parmi les tumeurs bénignes du médiastin :

SAVINEL groupant 520 observations de formations tumorales bénignes leur attribue la 4ème place avec un pourcentage de 7 %.

Pour DENA et GANZ, ils représentent 3 % des tumeurs du médiastin.

LE ROUX a pu rassembler 101 tumeurs bénignes de 1950 à 1958, 2 seulement étaient des kystes pleuro péricardiques.

Mais par contre dans le médiastin antéro inférieur les kystes pleuro péricardiques occupent la première place.

Dans cette région le kyste pleuro péricardique est à lui seul beaucoup plus fréquent que toutes les autres tumeurs médiastinales réunies (ROCHE).

160 cas environ ont été publiés jusqu'à ce jour.

AGE ET SEXE

On admet généralement que cette affection survient plus fréquemment chez l'homme que chez la femme, c'est une donnée statistiquement fausse qui s'appuie sur le seul fait que les examens systématiques sont plus fréquents dans les collectivités masculines que féminines.

Sur les trois observations que nous apportons, deux concernent des femmes.

Plus intéressant est l'âge des sujets atteints, les statistiques concernent en général des malades de 30 à 50 ans.

Le plus jeune cas est celui de LE ROUX, il s'agissait d'un jeune homme de 17 ans.

Mais il est un fait curieux, ces kystes ne sont jamais retrouvés chez l'enfant.

EMBRYOGENIE

Il semble bien établi actuellement que ces kystes résultent d'un trouble du développement lors de l'embryogénèse.

Les cavités coelomiques péricardiques et pleuro-péritonéales résultent de la fusion d'une série de lacunes mésenchymateuses primitives.

Le kyste pleuro péricardique proviendrait d'une de ces lacunes coelomiques, qui en oubliant de se fusionner avec ses voisines donnerait naissance à une cavité indépendante.

Pour LAMBERT, il s'agirait d'un trouble du développement du coelome pleuro péritonéal, et l'association d'une hernie de la fente de Larrey, de même que l'existence de kystes mésothéliaux intra diaphragmatiques d'origine coelomique donnent un appui à cette thèse.

LILLIE, MAC DONALD pensent que le recessus ventral du coelome péricardique serait le point de départ habituel. L'existence de forme de passage entre le diverticule péricardique et le kyste isolé seraient en faveur de cette conception qui a été reprise et développée par SAVINEL (1951).

Il semble bien qu'il y ait entre diverticule du péricarde et kyste coelomique des liens de parenté très étroits.

Il persiste cependant des incertitudes sur la pathogénie exacte de ces formations.

Si l'origine inflammatoire soutenue par certains, doit être abandonnée, il n'en demeure pas moins que la théorie embryonnaire pour séduisante qu'elle soit n'explique pas tout et en particulier l'absence totale dans la littérature d'observations de kyste pleuro péricardique chez l'enfant.

ANATOMO-PATHOLOGIE

Le kyste est en général unique bien que dans quelques cas on ait observé un deuxième kyste moins important que le premier (LAMBERT).

Le volume a été comparé à celui d'une orange. La forme est arrondie. Le poids varie de 100 à 200 grammes.

La paroi du kyste est mince, translucide, doublée par place de tissus graisseux.

La vascularisation se fait par un mince pédicule vasculaire ou par l'intermédiaire des franges graisseuses péricardiques.

En principe, le kyste est indépendant du péricarde, mais ce n'est pas une règle absolue (2 communications avec le péricarde sur les 20 observations de LE ROUX).

Avec les structures du voisinage les adhérences sont lâches et l'ablation se fait par simple énucléation.

A l'ouverture de la poche s'échappe un liquide incolore ou beaucoup plus rarement citrin, aseptique, dépourvu d'éléments cellulaires.

La composition chimique en est constante, semblable à celle d'un transsudat.

Les Chlorures varient de 7 à 8 grs par litre.

Les Protéines entre 3 et 5 grs. par litre.

Une seule exception, l'observation publiée par ROCHE, PAILLAS, DAUMET, où ces auteurs ont signalé un kyste pleuro péricardique dont le liquide donnait une réaction de Rivalta positive avec une teneur élevée en protides, 22 grs. Par litre. La vascularisation de la paroi peut expliquer ce taux anormal de protides à moins qu'il ne s'agisse d'une réaction inflammatoire de voisinage.

HISTOLOGIE

La structure histologique est simple.

La paroi est formée de collagène et de rares fibres élastiques, totalement dépourvue de fibre musculaire lisse.

Le revêtement interne comprend une couche de cellules plates ou cubiques. Il n'existe aucune glande.

CLINIQUE

80 % des cas rapportés sont des découvertes d'examens systématiques.

20 % des cas ont une traduction clinique si peu explicite qu'on a l'impression en lisant les observations que les radios pulmonaires sont faites par routine et non avec la conviction qu'il s'agit d'une histoire thoracique.

RADIOGRAPHIE

En fait, les kystes pleuro péricardiques ont une expression purement radiologique,

- La Scopie montre que l'opacité n'est ni expansible, ni pulsatile, elle se déplace avec les mouvements du diaphragme,

L'image est plus apparente à l'inspiration profonde et l'on n'aperçoit jamais d'espace clair entre l'opacité et le diaphragme.

- Sur les clichés standards de face, l'opacité est homogène de forme arrondie, de petite dimension, elle ne produit pas de déviation des organes du médiastin,

De profil, l'image occupe l'angle cardio-phrénique. Elle est ovoïde, arrondie, parfois la présence de spicules au point de contact avec les lignes scissurales normales lui donne un aspect polyédrique.

L'angle de raccordement postérieur avec le diaphragme est aigu.

La localisation extra pulmonaire peut être précisée par une bronchographie lipiodolée. Elle montre que le kyste ne se laisse pas pénétrer par le lipiodol.

La nature liquidienne de l'image peut elle être mise en évidence ?

On a insisté sur les déformations de l'image aux différents temps respiratoires, en Trendelenburg, après Pneumopéritoine, mais ces modifications ne s'observent pas avec assez de constance et de précision pour en déduire une attitude diagnostique.

D'ailleurs on peut les retrouver dans d'autres affections cardio-phréniques : Lipomes, Epiplocèles.

EVOLUTION

Nos observations permettent de suivre l'apparition et le développement du kyste sur des clichés successifs.

Observation N° 1 : Les dimensions de l'opacité qui en 1949 étaient 1,5 cm x 1,5 cm sont passées en 1953 à 6 cm x 6 cm.

Observation N° 3 : La masse a doublé de volume en un an.

Il est inhabituel que les kystes pleuro péricardiques donnent des troubles de compression.

Dans le cas de LAM, l'augmentation de volume du kyste qui contenait 1 litre de liquide détermina au cours de ses 9 années d'évolution des crises angineuses.

Mais le plus souvent lorsqu'ils ont atteint leur volume habituel, ces kystes se stabilisent sans complication.

Il n'a jamais été observé d'infection ou de dégénérescence.

LES FORMATIONS ADIPEUSES DE L'ANGLE CARDIO PHRENIQUE

Il est classique de grouper sous la rubrique : Lipome du Médiastin antéro inférieur toutes les formations adipeuses de cette région.

Or cette pathologie graisseuse n'est pas univoque et l'on peut distinguer 3 affections bien individualisées :

1°) - Les hypertrophies des masses adipeuses

2°) - Les lipomes vrais

3°) - Les tumeurs lipomateuses.

HYPERTROPHIE DES MASSES ADIPEUSES

On sait que le médiastin est riche en tissus de comblement qui capitonnent la plèvre et le péricarde.

Tous les traités d'anatomie mentionnent la présence dans l'angle cardio-phrénique d'un dépôt de graisse de faible volume.

Chez les obèses, il n'est pas rare de découvrir au cours de vérifications anatomiques une notable augmentation de volume de ce dépôt graisseux qui peut atteindre la taille d'une orange.

Or cette graisse extra péricardique peut être radiologiquement visible, elle se manifeste par des ombres triangulaires de faible densité qui obscurcissent l'angle cardio-phrénique. Cette pathologie radiologique est connue depuis longtemps des auteurs américains sous le nom de "Fat Padn".

SCHWARTZ au début du siècle signalait déjà la présence de ces ombres para cardiaques.

HOLT en 1947 rapporte l'observation d'une opacité cardio-phrénique dont l'exérèse montra qu'il s'agissait d'une masse de tissus graisseux.

Cette éventualité est rare, on doit y penser chez les obèses mais il ne s'agit que d'amas graisseux et non de lipome encapsulé.

LIPOMES VRAIS

CRUVEILLIER donne du Lipome la définition suivante :

"Masse adipeuse parfaitement circonscrite, encapsulée,, vivant d'une vie propre et susceptible d'accroissement illimité, purement locale, n'incommodant que par son volume et se conciliant avec la santé la plus parfaite".

- Histologie :

Les lipomes vrais sont formés de larges cellules adipeuses adultes en plages homogènes séparées ça et là par un fin réseau conjonctif émanant de la capsule (BARIETY).

- Pathologie :

Il est une notion capitale qui découle de cette définition histologique : les lipomes vrais sont des tumeurs bénignes.

- Classification Topographique :

Au niveau de l'angle cardio-phrénique nous distinguerons 4 formes :

- intra thoracique
- pariéto thoracique en sablier
- abdomino thoracique
- forme mixte.

LES TUMEURS LIPOMATEUSES

Ce sont des formations lipomateuses constituées de cellules adipeuses associées à des tissus de type mésenchymateux : fibro lipomes, fibro myxomes, parfois à des inclusions thymiques = lipothymome, liposarcome, lipofibrosarcome.

Contrairement aux lipomes vrais, ces tumeurs peuvent dégénérer ou être malignes d'emblée.

- Classification Topographique :

Elle est identique à celle adoptée pour les lipomes vrais.

Un cas de dégénérescence maligne de lipome a été rapporté récemment par LE BRIGAND.

HISTORIQUE

Les Lipomes du Médiastin sont également des tumeurs rares.

Depuis la première observation d'autopsie de Fothergill datant de 1783 on relève environ 150 cas publiés dans la littérature.

- 154 exactement d'après la communication de LE BRIGAND à la Société de Pathologie respiratoire (14 février 1960) auxquelles s'ajoutent nos 2 observations personnelles.

On doit admettre avec BARIETY et COURY que la fréquence de ces formations par rapport à l'ensemble des tumeurs chirurgicales du médiastin ne dépasse pas 2 %.

Bien que l'on ait signalé quelques cas chez de très jeunes enfants et chez des adolescents, la moyenne de découvertes se situe entre 25 et 65 ans. Le sexe féminin semble plus particulièrement exposé.

ORIGINE

L'origine de ces formations reste très incertaine. Plusieurs hypothèses ont été avancées par différents auteurs.

1°) L'origine congénitale de ces tumeurs serait le fait des lipomes dits en sablier (HEUER) et des lipomes du jeune enfant.

- soit qu'il existe des inclusions embryonnaires précédant la formation des structures osseuses du thorax qui seraient comprimées au cours de leur développement,
- soit qu'il existe une cause embryonnaire d'origine médiastinale.

Ce serait le cas des tumeurs lipomateuses de nature histologique complexe.

2°) L'hypothèse d'une origine acquise a été soutenue par BARIETY et COURY :

Les lipomes prendraient naissance à partir de la graisse sous pleurale, de la graisse sous péritonéale à proximité d'une fente de Larrey, des franges graisseuses péricardiques.

A l'appui de cette thèse, les auteurs apportent l'observation de la malade de WIPER et MULLER qui avait grossi de 20 kgs en 2 ans, et leur observation personnelle où leur malade aurait grossi de 20 kgs en 3 ans.

D'autre part les lipomes du médiastin représenteraient une anomalie de l'involution graisseuse normale du thymus.

Ces hyperplasies entrant dans le cadre des métamorphoses adipeuses de CRUVEILHIER seraient le terme ultime de la dégénérescence d'un tissu noble en un tissu autonome de réserve.

De plus, des vestiges thymiques normaux ou ectopiques seraient susceptibles de constituer chez l'adulte un point d'appel pour une surcharge graisseuse locale (COURY).

Ces diverses pathogénies sont toutes acceptables suivant le cas anatomo-pathologique observé.

SIEGE

Dans la classification que nous avons adoptée nous distinguons 4 formes topographiques :

Nous insisterons sur 2 d'entre elles.

1°) Les lipomes intra et extra thoraciques sont rares. Sur les 154 observations publiées on ne trouve que 13 observations de lipomes en sablier.

L'observation que nous apportons présente une curiosité supplémentaire (observation n° 5), en effet, si la tumeur médiastinale antérieure se prolonge par un isthme à travers un espace intercostal comme on le décrit habituellement dans les lipomes en sablier, il existe de plus 3 prolongements abdominaux thoraciques plongeant à travers le diaphragme par les 2 fentes de Larrey et la fente médiane retro-xyphoïdienne.

2°) Les Lipomes abdomino-thoraciques

Plus connue sous le nom de hernies graisseuses ou encore de lipomes pré herniaires, cette variété a fait l'objet de nombreuses publications.

Si ROCHE ET DAUMET contestent leur individualité et les font entrer dans le cadre des lipomes intra thoraciques, pour THEVENET au contraire, ils forment une entité bien particulière.

La tumeur développée aux dépens de la graisse sous-péritonéale fait protrusion à travers l'orifice antérieur du diaphragme, qui à l'état normal

livre passage à une mince coulée graisseuse, et se développe dans le thorax au point de n'être plus réductible du fait de son volume et de ses adhérences (BARRE).

Cette masse graisseuse est capable d'entraîner la formation d'un sac par étirement du péritoine sous-jacent.

Si nous considérons l'observation que nous apportons, (observation N° 4), le lipome paraissait s'être développé aux dépens de la masse graisseuse sous-péritonéale, puisque à l'intervention, seul le temps abdominal a permis son extirpation.

CLINIQUE

Dans la moitié des cas la clinique est silencieuse. Lorsqu'elles existent les manifestations fonctionnelles sont inconstantes et peu précises; la dyspnée a été signalée par HOUDARD, la douleur est tantôt une gêne intra thoracique, tantôt une douleur posturale.

L'état général reste satisfaisant, on note souvent une augmentation de poids récente. BARIETY, GOYER, BERNOU, TRICOIRE ont insisté sur ce point. Nous avons également constaté chez les deux malades dont nous rapportons l'observation une tendance à l'embonpoint.

L'extériorisation de la tumeur est une éventualité très rare; c'est le cas des lipomes en sablier localisés de part et d'autres de la paroi thoracique en passant à travers un espace intercostal. La partie extériorisée se présente comme une tuméfaction de faible volume arrondie, mobilisable au palper sous les plans superficiels.

RADIOGRAPHIE

Cette latence fréquente des lipomes en fait bien souvent une découverte d'examen radiologique systématique.

Bien qu'il ne permette habituellement que de conclure à l'existence d'une tumeur cardio-phrénique, il peut néanmoins préciser quelques caractères particuliers aux lipomes :

- la grande taille de l'image. Les lipomes donnent les ombres les plus volumineuses,
- le dégradé de l'ombre du centre à la périphérie conférant au contour un aspect huilé (BARIETY)
- l'aspect polylobé de la masse,
- les modifications de forme et de volume en Trendelenburg où la tumeur s'allonge verticalement. Pour BERNOU et TRICOIRE les lipomes sont de toutes les tumeurs du médiastin celles qui se déforment le plus.

Mais en fait, les résultats fournis par les explorations radiologiques n'ont rien de pathognomoniques. Ce n'est que dans le cas de circonstances particulièrement favorables, lorsqu'aux signes radiologiques se rattache la notion d'un lipome extériorisé que l'on peut faire avec certitude un diagnostic pré-opératoire. (observation N° 5).

EVOLUTION

Les lipomes évoluent avec une très grande lenteur, seul le développement important de la tumeur peut provoquer des accidents à type de compression : le pronostic en est donc favorable à une réserve près.

La clinique en effet ne permet pas de préjuger de la nature primitivement bénigne ou maligne de la tumeur. Le seul critère de malignité est l'évolution : or il semble que les lipomes malins le soient d'emblée et évoluent très rapidement. Cette hypothèse sur l'avenir jointe à l'incertitude qui plane toujours quant à la nature de l'affection constitue un argument formel en faveur de l'exérèse de la tumeur qui sera d'autant plus satisfaisante qu'elle sera précoce et totale.

AUTRES OPACITES D'ORIGINE MEDIASTINALES

En dehors des kystes pleuro péricardiques et des lipomes nous nous contenterons de citer d'autres causes d'opacités médiastinales dont la localisation C. P. est inhabituelle.

- Les lymphangiomes kystiques siègent rarement aussi bas. Leur opacité est polylobée, le volume est plus important, leur exérèse est difficile.
- Les kystes bronchogéniques ou kystes du pédicule (SANTY, BERARD, GALY) se situent habituellement dans la région moyenne juxta médiastinales.
- Les kystes dermoïdes se traduisent par des images arrondies sans aspect et sans localisation particulières. L'évolution rapide notamment chez le jeune devra en faire suspecter la malignité.
- Les kystes hydatiques du médiastin antérieur siégeant dans la région cardio phrénique droite sont exceptionnels, CORNET de Nantes en a publié 1 cas en 1959.

OPACITES D'ORIGINE CARDIO VASCULAIRES

- L'anévrisme pariétal du coeur a une sémiologie particulière. Il succède toujours à un infarctus décelé par électrocardiogramme.

- Les diverticules du Péricarde sont presque toujours d'origine acquise. Ils résultent de l'enkystement d'un épanchement péricardique. Quant au diverticule congénital du péricarde, résultant d'un trouble de développement du coelome primitif, il est impossible par la clinique et la radio d'envisager son éventualité.

D'où rareté des opacités cardio vasculaires au niveau du 1/3 inférieur du médiastin antérieur.

L'erreur consisterait plutôt à croire à un gros coeur ou à une péricardite alors qu'il s'agit d'une opacité tumorale ou pseudo-tumorale (ROCHE).

Afin de dissocier les deux opacités on pourra pratiquer soit des radios à forte pénétration, soit des tomographies, soit un pneumo médiastin pour préciser la dualité de l'image.

OPACITES D'ORIGINE PLEURALES

Les pleurésies enkystées de la base peuvent poser parfois un difficile problème d'interprétation. Sur les clichés de profil leur image fusiforme se prolongeant en arrière par une scissure épaissie (opacité en raquette) fera suspecter une pleurésie interlobaire qui sera confirmée par le contexte clinique - il s'agit le plus souvent d'un cardiaque décompensé - et l'efficacité du traitement étiologique.

Signalons pour mémoire les hématoctèles pleuraux traumatiques, et les tumeurs pleurales, qui sont souvent des diagnostics d'intervention.

OPACITES D'ORIGINE PARENCHYMATEUSES

Ces opacités localisées au lobe moyen occupent rarement l'angle cardio phrénique.

- elles peuvent être infectieuses, et chez le sujet jeune on pensera avant tout au tuberculome.
- parasitaires, classiquement le kyste hydatique siège exceptionnellement dans le lobe moyen. Nous apportons une observation d'hydatidose autochtone ou la notion d'endémie, le contact avec un chien, les réactions biologiques, l'existence d'autres localisations faisaient tout à fait défaut.

- néoplasiques

Cancer bronchique - la bronchoscopie et l'examen cytologique en seront les principaux éléments de diagnostic.

OPACITES D'ORIGINE DIAPHRAGMATIQUE

ET A POINT DE DEPART SOUS DIAPHRAGMATIQUE

L'origine de l'opacité ayant été précisée par pneumopéritoine, nous passerons en revue dans cette étude les opacités cardio-phréniques qui reconnaissent leur étiologie dans le diaphragme lui-même, ou qui réalisent notre image par soulèvement du diaphragme.

HERNIES RETRO STERNALES

Nous aurons surtout en vue dans ce chapitre l'étude des Hernies épiploïques car elles donnent une opacité homogène sans clarté.

Les noms proposés pour étiqueter ces hernies sont aussi multiples qu'impropres : Hernie de la Fente de Larrey, Hernie du foramen de Morgagni, Hernie retro-costo-xyphoïdienne, Hernie médiastinale antérieure.

Le terme de Hernie retro-sternale plus simple et englobant un nombre plus important de variétés nous semble correspondre à une plus juste réalité.

Mais en fait ce problème de Terminologie se superpose à un problème anatomique.

ANATOMO - PATHOLOGIE

Pour TESTUT, la fente de Larrey est un intervalle médian compris entre les faisceaux droits et gauches d'insertion xyphoïdienne du Diaphragme.

Pour ROUVIERE et OLIVIER, les fentes de Larrey sont les deux espaces triangulaires à sommet postérieur situés entre les insertions xyphoïdiennes et chondro-costales du diaphragme. En outre, pour ces auteurs, chaque fente de Larrey est parcourue par la branche abdominale de l'artère mammaire interne, ce qui permet un repère anatomique.

Mais les travaux de COURTY et GODLENWSKY ont montré que cette branche artérielle est toujours intra pariétale et qu'on ne peut se baser

sur sa situation pour distinguer le faisceau sternal du 1er faisceau chondro-costal, et différencier une hernie médio sternale d'une hernie de la fente de Larrey.

THEVENET se basant sur de nombreuses vérifications anatomiques décrit deux fentes ovalaires à grand axe transversal, parallèles au rebord costal, limitées en Avant par la paroi, en Arrière par le bord libre de l'arcade antérieure du diaphragme. La limite interne est formée par le bord de l'appendice xyphoïde, l'angle externe se fait au niveau de l'attache du Transverse de l'abdomen au 7ème cartilage costal.

DENISART, qui a étudié avec beaucoup de précision ces hernies décrit 5 variétés d'orifices herniaires :

- simple élargissement de la fente de Larrey
- absence d'insertion de la 7ème digitation costale du diaphragme.
- absence du faisceau sternal et du faisceau xyphoïdien d'un seul côté, à droite généralement, ou plus souvent des deux côtés; les deux fentes étant alors fusionnées en un orifice élargi,
- hernie médio sternale.
- orifice constitué par les 2 fentes de Larrey et une fente médio sternale.

WARWICK BROWN a présenté en 1953 les schémas réalisés après vérification anatomique d'une observation de hernie o retro sternale comprenant 3 collets. Dans la hernie centrale se situe le sac péritonéal, les 2 hernies latérales contiennent de la graisse.

Cette observation rejoint celle que nous présentons à propos des lipomes abdomin o - thoraciques où il existe également 3 orifices, un médian, deux latéraux comblés par des coulées graisseuses.

Mais néanmoins il est très difficile pendant le temps opératoire de faire la distinction exacte de la variété de hernie sur laquelle on intervient.

Nous croyons que c'est une raison supplémentaire de donner à ces hernies le nom générique de Retro Sternale.

FREQUENCE

Leur rareté relative ne semble imputable qu'à l'leur méconnaissance :

HARINGTON (1948) ne relevait que 8 hernies retro-sternales sur une statistique personnelle comportant 430 hernies diaphragmatiques.

DENISART (1951) retrouvait 89 observations dans la littérature et apportait 3 cas personnels.

FREBET (1952) arrivait à un total de 102 observations.

Plusieurs communications d'auteurs français :

CURTILLET, AUBANIAC, ROCHE, EVEN, MORIN, ont remis la question à l'ordre du jour ces dernières années.

Les hernies retro sternales ne représentent environ que 4 % des hernies diaphragmatiques.

Mais les hernies épiploïques pures sont encore plus rares. 4 pour 28 hernies retro sternales (MORIN).

CONTENU

Elles comportent un sac péritonéal dans lequel les organes herniés sont libres. Il n'y a jamais d'adhérences mais parfois adhésion intime du contenu au contenant.

Le contenu est épiploïque pur, soit épiplo-colique.

ORIGINE

Elles semblent être congénitales, se produisant à la période foetale au moment du développement du "Septum Transversum". On trouve d'ailleurs dans la littérature un certain nombre de ces hernies observées chez des nouveaux-nés.

SANTY les fait entrer dans le cadre des hernies congénitales graduelles. Cet auteur pense qu'un traumatisme peut aggraver une prédisposition anatomique congénitale et révéler la hernie.

CLINIQUE

La clinique des hernies retro sternales est souvent pauvre, ce qui explique qu'elles restent méconnues dans un grand nombre de cas.

Lorsqu'ils existent les symptômes sont de deux ordres :

- Les signes digestifs consistent en douleurs épigastriques ou droites, elles surviennent par crises, variant avec l'effort, la quantité de l'alimentation, et sont augmentées par le décubitus dorsal.

Parfois c'est une algie posturale particulière lorsque le malade se penche en avant.

- A côté des troubles digestifs s'observent parfois des signes thoraciques.

Il peut s'agir d'une douleur siégeant à la base de l'hémithorax droit, avec irradiation scapulaire accompagnée de dyspnée, parfois d'une sensation de torsion.

En réalité ces signes cliniques qu'on a voulu évocateurs d'une hernie retro sternale n'ont rien de caractéristiques.

De nombreuses hernies retro sternales sont silencieuses c'est le cas des épiplocèles. La symptomatologie n'est marquée que lorsque le sac est volumineux, le collet étroit ou en cas d'étranglement au niveau du collet,

RADIOGRAPHIE

C'est la Radiographie qui là encore fournira le meilleur appoint diagnostique.

Sur les clichés standards on voit de face une image dense comblant l'angle cardio-phrénique et qui de profil se plaque contre le sternum. C'est l'image stéréotypée que nous avons déjà trouvé à propos des kystes pleuro péricardiques.

Mais certains auteurs ont décrit des particularités propres à ce genre de tumeurs.

SANTY et MARGOTTON décrivent sur les films de face un prolongement triangulaire qui surmonte la tuméfaction et rejoint progressivement l'ombre médiastinale. Cette image correspond à la plèvre soulevée. Nous ne l'avons pas retrouvée.

Ces mêmes auteurs accordent une certaine valeur à l'image pédiculée issue du sinus costo diaphragmatique qui sur les clichés de profil aboutit à l'évasement de la tumeur.

Mais cette image en cornue n'est pas spécifique des hernies retro sternales, on la retrouve dans les kystes pleuro péricardiques.

Pour MORIN et HERNANDEZ les variations de l'homogénéité et de volume de la masse présenteraient une certaine valeur.

Pour ROCHE la position en Trendelenburg entraîne un étalement et un agrandissement de l'image dans l'axe vertical. D'arrondie, l'opacité devient quadrangulaire. De profil elle se détache du diaphragme selon un angle aigu postérieur ne restant adhérente que dans le tiers antérieur.

Mais cette déformation de l'image en Trendelenburg est également obtenue avec les lipomes.

Le Pneumopéritoine est l'examen essentiel qui confirme l'origine sous diaphragmatique de la lésion.

L'air injecté (500 à 1.000 cc) dans la cavité péritonéale apparaît à la partie supérieure de la tumeur entre le sac et les organes herniés.

Il peut dans certains cas permettre la réintégration abdominale de la masse herniée.

Le Pneumopéritoine peut connaître des échecs, soit que la quantité d'air injecté ne soit pas suffisante, ce qui est arrivé dans l'observation que nous présentons, soit que le collet soit très serré, soit qu'il y ait adhésion et non adhérences qui n'existent jamais, du contenu au contenant, réalisant une union intime.

Le lavement baryté est indispensable pour faire la distinction entre hernie épiploïque et hernie épiplo-colique. Cette dernière variété pouvant donner une opacité homogène.

La présence d'un viscère creux commande pratiquement l'intervention.

Il n'en serait pas de même des hernies épiploïques qui en principe ne s'étranglent pas, néanmoins VILKARI a rapporté le cas d'un homme de 56 ans chez qui l'on avait porté le diagnostic de tumeur du médiastin. Une thoracotomie droite montra une épiplocèle étranglée dans une hernie retro sternale.

Une observation de BIDERMAN (1954) montre également qu'elles ne sont pas toujours bien tolérées.

Mais les hernies épiploïques peuvent se compliquer secondairement par la pénétration d'un viscère creux. Il peut se faire qu'au moment de

l'examen le Colon ne soit pas engagé mais on observe très souvent un signe de grande valeur : la déformation du Transverse qui décrit un V renversé à pointe supérieure dirigée vers le collet et qui signe l'attraction de l'épiploon vers l'orifice herniaire (BOQUIEN).

Les hernies retro-sternales à contenu hépatique sont exceptionnelles.

APLASIE LOCALISEE DU DIAPHRAGME

C'est une éventration diaphragmatique au niveau de laquelle la coupole est constituée d'une musculature diminuée d'épaisseur ou bien réduite à une mince membrane.

Il est fréquent de constater à l'examen radioscopique une déformation "en brioche" de la moitié interne de l'hémicoupole droite qui de profil se situe sur un plan très antérieur. Pour MORIN et HERNANDEZ 10 % des sujets sains examinés derrière l'écran présentent cette anomalie.

On la constate d'ailleurs à tous les âges de la vie, chez le nouveau-né comme chez le vieillard, mais sa fréquence semble croître après l'adolescence pour être maxima chez l'adulte.

L'origine de cette déformation paraît être congénitale. Elle est due à une aplasie des faisceaux antéro-internes du diaphragme sur laquelle se moule la convexité supérieure du foie (GOMEZ). Il en résulte une bosse hépatique anormale mais non pathologique, témoin de la remarquable plasticité hépatique : Cette hypothèse concorde avec les résultats opératoires.

Dans les pays d'hydatidose en effet pour peu que la réaction de CASONI soit douteuse et qu'il existe une éosinophilie sanguine l'intervention est pratiquée sur un diagnostic erroné de kyste hydatique du foie.

On trouve alors une tuméfaction du foie refoulant le diaphragme, le parenchyme hépatique est normal. Seul le diaphragme est modifié en regard de la tumeur : sa minceur et son aspect sont ceux d'une membrane opaque dépourvue de fibres musculaires (MONOD, AZOULAY).

Sur quels éléments diagnostiques peut-on s'appuyer pour déterminer la nature de cette opacité ?

Les radiographies comparées en inspiration et en expiration montrent une augmentation de volume de l'opacité à l'inspiration par suite de la mise en tension du diaphragme.

De profil, le diaphragme forme avec la paroi antérieure un angle de raccordement très ouvert alors qu'il est plus aigu lorsqu'il s'agit d'une masse hépatique pathologique.

Mais les meilleures preuves sont là encore fournies par le pneumopéritoine. Il indique la nature hépatique de l'opacité en interposant une lame d'air entre le foie et le diaphragme. De plus, au cours de cet examen on voit le foie reprendre sa forme normale alors que la déformation du diaphragme persiste.

AUGMENTATION LOCALISEE D'EPAISSEUR DU DIAPHRAGME

Les tumeurs du diaphragme sont exceptionnelles. On a voulu les diviser en tumeurs bénignes, malignes et infectieuses.

Le diagnostic de localisation est très difficile à établir. La technique consiste à isoler la masse intra-diaphragmatique en plaçant une couche d'air au-dessus et une couche d'air en-dessous en pratiquant un pneumothorax associé à un pneumopéritoine.

La thoracotomie exploratrice doit toujours être pratiquée car si l'on se réfère aux statistiques portant sur une cinquantaine de cas publiés, le tiers concerne des tumeurs malignes.

LES HERNIES HEPATIQUES PAR BRECHE DIAPHRAGMATIQUE

Elles résultent d'une rupture du diaphragme à travers lequel le parenchyme hépatique d'une remarquable plasticité s'insinue débordant la brèche comme un bouchon de champagne déborde le goulot d'une bouteille (CURTILLET).

Il faut rechercher le traumatisme loin dans le temps car la tolérance habituelle est parfaite. CHILD rattache une hernie hépatique à une chute importante qui s'était produite 44 ans auparavant.

Le pneumopéritoine authentifie la brèche lorsque l'air péritonéal pénètre dans la plèvre créant un pneumothorax qui délimite le bord régulier de la masse hépatique.

La splénoportographie peut être dans ce cas d'un apport diagnostique intéressant.

AFFECTIONS SOUS PHRENIQUES

Il s'agit d'affections du foie proche de la convexité et qui donnent une image à projection intra thoracique par soulèvement du diaphragme.

Il peut s'agit d'un lobe accessoire ou d'une hypertrophie d'une portion de lobe normal, d'un cancer du foie à évolution supérieure ou d'un abcès amibien, mais l'éventualité la plus fréquente concerne les kystes hydatiques de la face supérieure, se manifestant par une déformation localisée en brioche de l'angle cardio phrénique.

Le contexte clinique, l'existence d'un gros foie, les examens de laboratoire, la recherche d'une autre localisation kystique peuvent permettre un diagnostic d'orientation.

Là encore le pneumopéritoine apporte une contribution diagnostique importante, en faisant apparaître un diaphragme normal alors que la tumeur hépatique persiste.

On pourra réaliser également un cliché de pneumopéritoine avec des rayons très mous, on voit alors une portion sphérique plus dense que le reste du parenchyme hépatique, il s'agit de l'image du kyste (HERNANDEZ).

Enfin la splénoportographie en montrant un défaut d'injection des ramifications intra hépatiques au niveau du kyste pourra permettre un repérage précis de la tumeur.

L'intervention en effet est toujours indiquée étant donné le risque d'infection et de rupture.

CONDUITE A TENIR

La localisation exacte d'une opacité cardio phrénique reste le meilleur moyen d'en déterminer la nature probable.

Le premier temps de l'examen consistera donc à distinguer les opacités d'origine thoracique ou abdominale en les localisant par rapport au diaphragme.

A priori c'est un Pneumopéritoine qu'il faudrait donc créer, mais en pratique courante ce n'est pas le premier examen à proposer.

En effet nous n'avons pas à faire à de véritables malades. La plupart des sujets que nous avons à examiner ne présentent aucun malaise. Il est donc vain de leur proposer d'abord un examen pénible, qui n'est pas toujours exempt de danger.

La Radiographie en Trendelenburg peut être utile.

Certaines images collées au diaphragme s'en écartent dans cette position en prenant une forme différente.... Ce serait le cas des kystes.

Dans les hernies diaphragmatiques antérieures, la forme change également, le sac herniaire s'écarte du diaphragme, mais l'opacité est agrandie et étalée dans l'axe vertical.

Ce caractère pourrait permettre de distinguer les opacités épiploïques des opacités kystiques si les lipomes intra thoraciques n'entraînaient pas eux aussi une déformation importante de l'image en Trendelenburg.

Le lavement baryté est indispensable pour éliminer la présence d'un viscère creux dans l'opacité.

Parfois dans les hernies épiploïques une déformation en V renversé du Transverse attiré vers le thorax peut signer la présence d'épiploon hernié.

Mais le lavement baryté peut être normal dans les hernies retro sternales à viscères pleins.

C'est alors seulement que l'on propose un Pneumopéritoine. Nous n'en rappellerons pas la technique, nous préciserons un seul point : la quantité d'air injecté ne doit pas être inférieure à 500 cc.

L'air introduit dans la cavité péritonéale permet de situer l'opacité par rapport au diaphragme soit qu'il délimite la face inférieure du diaphragme en le doublant d'une coupole gazeuse soit qu'il le surplombe donnant une bulle intra thoracique.

Il permet ainsi de reconnaître les hernies épiploïques où l'air pénètre entre l'épiploon et le sac herniaire, des déformations du diaphragme et du Foie.

Mais le Pneumopéritoine outre qu'il n'est pas sans risque n'est pas non plus exempt d'erreurs :

La pénétration de l'air peut être gênée par un collet serré ou par un contenu herniaire adhérent trop intimement au sac.

Il n'est d'aucune utilité dans le diagnostic des hernies graisseuses à collet serré. (Observation N° 4).

En pareil cas, il faudrait faire des radiographies en oblique antérieur droit, ou oblique antérieur gauche de la région sous diaphragmatique pour rechercher le collet herniaire et le distinguer du ligament suspenseur du foie.

Néanmoins la conjonction du Pneumopéritoine et du lavement baryté permet souvent de faire le diagnostic de hernie diaphragmatique antérieure.

L'intervention par voie abdominale est formelle lorsqu'on décèle la présence d'un viscère creux. Elle est logique dans les hernies épiploïques qui peuvent devenir secondairement épiploïcoliques.

- Lorsque l'opacité est sus-diaphragmatique le diagnostic de nature est bien difficile à établir.

Le pneumopéritoine surélève la coupole et l'opacité qu'il peut modifier dans sa forme; notamment sur les clichés de profil.

En fait les éléments fournis par ces explorations : siège sus-diaphragmatique au pneumopéritoine, déformation de l'image n'ont rien de pathognomoniques.

Les tomographies précisent sans plus la forme de l'opacité et sa situation.

La bronchographie lipiodolée peut donner des images trompeuses.

Certains auteurs ont proposé la ponction exploratrice prétendant qu'il fallait mieux ponctionner un kyste plutôt que d'en faire l'exérèse.

Mais la ponction est dangereuse. Un kyste hydatique du lobe moyen peut simuler une opacité cardio-phrénique. Nous en apportons une observation.

Les hydatidoses autochtones ne sont pas rares et l'on sait le peu de valeur qu'il faut attribuer aux réactions biologiques souvent négatives ou douteuses.

AUGUSTE et MULLER ont rapporté une observation de ponction biopsique du Foie suivie de mort, le trocart ayant perforé un volumineux kyste hydatique développé in situ. Le choc anaphylactique déclenché par l'écoulement du liquide hydatique fut mortel en 3 minutes.

Que dire de la ponction des lipomes qui outre les risques inhérent à la ponction n'apporte aucun résultat.

Lorsque l'incertitude du diagnostic persiste la thoracotomie exploratrice facile et simple dans ses suites s'avèrera utile et curatrice.

CONCLUSION

Nous avons réuni dans ce travail 7 observations d'opacités cardio-phréniques antérieures droites, dont le diagnostic exact a été précisé à l'intervention.

- 3 kystes pleuro péricardiques
- 2 lipomes
- 1 épiplocèle
- 1 kyste hydatique

Malgré leur diversité d'origine nous avons pu constater que ces opacités ont une symptomatologie identique.

En effet,

L'absence ou la pauvreté des signes cliniques est la règle.

Les images radiologiques sont superposables d'un cas à l'autre sur les clichés standards de face et de profil.

Si le diagnostic de localisation a été relativement facile, grâce en particulier au pneumopéritoine, il n'en a pas été de même du diagnostic de nature qui reste souvent incertain jusqu'à l'intervention.

Vu, le Président de Thèse :

Professeur G. BROUET

Vu, le Doyen de la Faculté :

Professeur : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

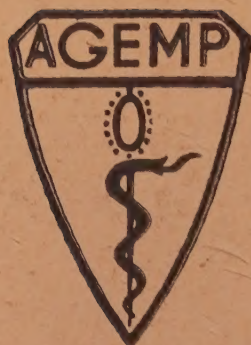
J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

- AUGUSTE et MULLER - Ponction biopsique du foie suivie de mort.
Archives des maladies de l'appareil digestif 1959 p. 94 - 95.
- BALMES et THEVENET - Les opacités de la Base Thoracique droite.
Semaine des Hôpitaux 6 juil. 1955, N° 41.
- BALMES et THEVENET - Les pseudo tumeurs intra thoraciques d'origine
abdominales. Gazette Med. de France Nov. 1954 61 N° 22
1295-1303.
- BARIETY et COURY - Essai de classification des tumeurs intra thoraci-
ques primitives. Fréquence, particularités anatomo cliniques.
Sem. Hop. 21 nov. 1947 23 N° 43. 2.602 - 2.613.
- BARIETY et COURY - Les Lipomes du Médiastin. Sem. des Hôp. Paris,
2 juin 1950 26 N° 41 1.968 - 1.975.
- BARIETY et COURY - Le médiastin et sa pathologie 1958.
- BARRE E, DANRIGAL A, MARUELLE R, ROLLAND L, Lipome thoracique
antéro inférieur droit. J. Franc. Med. Chir. Thor. 1954 8
N° 5 501 - 504.
- BERNOU A. GOYER R, OGER L, TRICOIRE J. - Diagnostic des Lipomes
intra thoraciques antéro inférieurs. J. Franc. Med. Chir.
Thor. 1955 2 N° 3 260 - 269.
- BROCARD, RENAUD, POULET, PERDU - Diagnostic des opacités arron-
dies du cul-de-sac costo diaphragmatique droit. Bulletin et
Mémoire de la Société de Médecine des Hôpitaux de Paris 1953
N° 21, 22, 23 757 - 763.
- CURTILLET, AUBANIAC - Contribution à l'étude des opacités de la base
droite d'origine abdominale. Journal de Chirurgie. Avril 1950
66 p. 257.

- DAUMET P. - Tumeurs et pseudo tumeurs thoraciques antéro inférieures.
J. Franc. Med. Chir. Thor. 1954 8 N° 5 490 - 500.
- DOR, CRISTOFARY, de ANGELIS - Opacité arrondie du médiastin antérieur. Le POUMON 6 N° 5 sept-oct. 1950 p. 491.
- EVEN, MORIN, SORS - J. Franc. Med. Chir. Thor. 1954, Epiplocèle retro-sternale.
- GERNEZ-RIEUX, SAVINEL - Les kystes pleuro péricardiques J. Franc. Med. Chir. Thor. Tome V n° 5 1951 474 - 490.
- GOYER R, BERNOU a, TRICOIRE J. - Un nouveau cas de lipome du médiastin. J. Franc. Med. Chir. Thor. 1954 8 N° 6 678 - 682.
- HEUER - 1953 Annales de Chirurgie.
- HOUDARD - Lipomes du Médiastin, thèse Paris 1950.
- JAUBERT DE BEAUJEU - Thèse Lyon 1951. Les kystes pleuro péricardiques.
- LE BRIGAND, MERLIER - Hernies graisseuses diaphragmatiques antérieures. Le POUMON Avril 1956 12 N° 4.
- LE BRIGAND, WOPLER, DEFRESNE - Lipomes et tumeurs lipomateuses du Médiastin. J. Franc. Med. Chir. Thor. 1960.
- LE ROUX - A propos de 20 observations de kystes pleuro péricardiques. Thorax mars 1959.
- MOLINA ABERKANE - Kyste pleuro péricardique. Journal de Phtisiologie d'Afrique du Nord 1959 N° 1.
- MORIN G, HERNANDEZ J, PICARD J. M. - Tumeurs et pseudo tumeurs du médiastin antéro inférieur d'origine extra thoracique - Les affections du muscle diaphragme - Les affections sous-diaphragmatiques. Annales de Chirurgie 18 janvier 1955 N° 1.
- ROCHE G, - Opacités Cardio Phréniques antérieures. Dans Technique et Thérapeutiques en Pneumologie, sous la direction de P. BOURGEOIS et J. TURIAF. Nouvelle série 2 Expansion scientifique française 1957.
- ROCHE G, - Tumeurs et pseudo tumeurs du thorax antéro inférieur d'origine sus-diaphragmatique. J. Franc. Med. Chir. T Thor. 1954 8 N° 5 449-489.

- ROCHE G, - Opacité pseudo kystique de la Base Droite par hernie
épiploïque. J. Franc. Med. Chir. Thor. 1954, tome V N° 2
147 - 154.
- ROCHE G, PAILLAS J, DAUMET - Considérations sur le diagnostic et le
Traitement des kystes pleuro péricardiques. J. Franc. Med.
Chir. Thor. 1952 tome VI N° 1 37 39.
- ROLLAND L. - Une cause rare d'opacité du cul-de-sac cardio-phrénique
droit : Le lipome du Médiastin Thèse Paris 1953.
- de SALLIER M. - Lipome thoracique antéro inférieur du thorax Thèse
Paris 1956.
- SANTY, GALY - Lymphangiomes kystiques. J. Franc. Med. Chir.
Thor. 1951.
- SANTY et MARGOTTON - Hernie diaphragmatique de la fente de Larrey.
Lyon Chirurgical Nov. 1951 N° 8.
- SAVINEL - Les kystes pleuro péricardiques Thèse Lille 1951.
- THEVENET A. - L'angle cardio phrénique antérieur du médiastin sa
pathologie graisseuse. Montpellier Medical sept-oct. 1956.
98 N° 2 180-193.
- VOISIN, MEREAU J, RIBET M, MARGERIN M. - Les Lipomes du Média
stin. J. Radiol. Electro. Mai-juin 1957 38 N° 5 - 6 483-487.
- VAUPEPERSTRAETE - Kystes Pleuro péricardiques. Acta. Chirur.
Belge. Oct. 1956 N° 7 624-637.
- VILKARRI - Annales Chirurgie et Gynécologie Finlande vol. 45 1956 :
Epiplocèle dans une hernie retro-sternale.



**AGEMP
POLYCOPIE**

8, rue Dante
PARIS - V •

Téléphone : ODÉon 58-96